..............................................................

pieczęć Wykonawcy

REGON ................................................

NIP .......................................................

TEL .......................................................

**Dom Pomocy Społecznej w Pleszewie**

**Plac Wolności im. Jana Pawła II 5**

**63-300 Pleszew**

FORMULARZ CENOWY

dla zamówienia publicznego o wartości poniżej 130.000 złotych netto

**Sposób obliczenia ceny:**

1. Wszystkie ceny należy zaokrąglić do dwóch znaków po przecinku.
2. Łączną cenę brutto oferty wykonawca oblicza zgodnie z niniejszym Formularzem cenowym, w następującej kolejności:
3. w kolumnie nr 6 w wierszach 1,5,9,13,17,21,25,29 należy wpisać ceny jednostkowe brutto poszczególnych artykułów, a następnie dokonać ich podziału procentowego na odpłatność z NFZ i odpłatność z DPS. Ceny jednostkowe brutto powstałe z podziału procentowego na NFZ i DPS należy zaokrąglić do 2 miejsc po przecinku,
4. następnie należy obliczyć wartość brutto (kolumna 7) we wszystkich wierszach poprzez przemnożenie ilości i ceny jednostkowej brutto (kolumna 4 x 6),
5. w kolumnie nr 5 należy wpisać obowiązującą stawkę podatku VAT w procentach (np. 5%, 8%, 23%),
6. w wierszu nr 33 (kolumna 7) należy wpisać sumę z wierszy 4,8,12,16,20,24,28.32.
7. w wierszu nr 34 (kolumna 7) należy wpisać łączna wartość netto powstałą poprzez pomniejszenie o podatek VAT wartości z wiersza 33,
8. **Wartość refundacji z podziałem na odpłatność NFZ oraz odpłatność DPS wg refundacji obowiązującej od 01.01.2024 r.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Poz. nr** | **Rodzaj artykułu** | **Jedn. miary** | **Ilość** | **Stawka podatku VAT (%)** | **Cena jednostkowa brutto** | **Wartość brutto (kol. 4x6)** | **Numer wiersza** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** |
| **1** | **Pieluchomajtki,**  | **szt.** | **75600** |   |   |   | **1** |
| nocne rozmiar L |
| w tym: |   |   |   | **2** |
| Odpłatność NFZ (80% jednak nie więcej niż limit określony w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia) |   |   |   | **3** |
| **Odpłatność DPS** **(20% lub cała pozostała część ceny powyżej maksymalnego limitu NFZ)** |  |  |  | **4** |
| **2** | **Pieluchomajtki,** | **szt.** | **1440** |  |  |  | **5** |
| rozmiar L |
| w tym: |  |  |  | **6** |
| Odpłatność NFZ (80% jednak nie więcej niż limit określony w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia |  |  |  | **7** |
| **Odpłatność DPS** **(20% lub cała pozostała część ceny powyżej maksymalnego limitu NFZ)** |  |  |  | **8** |
| **3** | **Pieluchomajtki,**  |   | **szt.** | **4320** |  |  |  | **9** |
| nocne rozmiar XL |   |
|  w tym: |  |  |  | **10** |
| Odpłatność NFZ (80% jednak nie więcej niż limit określony w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia) |  |  |  | **11** |
| **Odpłatność DPS** **(20% lub cała pozostała część ceny powyżej maksymalnego limitu NFZ)** |  |  |  | **12** |
| **4** | **Pieluchomajtki,**  | **szt.** | **720** |  |  |  | **13** |
| nocne rozmiar XXL |
|  w tym: |  |  |  | **14** |
| Odpłatność NFZ (80% jednak nie więcej niż limit określony w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia) |  |  |  | **15** |
| **Odpłatność DPS** **(20% lub cała pozostała część ceny powyżej maksymalnego limitu NFZ)** |  |  |  | **16** |
| **5** | **Majtki chłonne,**  | **szt.** | **10 080** |  |  |  | **17** |
| rozmiar M |
| w tym: |  |  |  | **18** |
| Odpłatność NFZ (80% jednak nie więcej niż limit określony w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia) |   |   |   | **19** |
| **Odpłatność DPS – 30%****(20% lub cała pozostała część ceny powyżej maksymalnego limitu NFZ)** |  |  |  | **20** |
| **6** | **Majtki chłonne,**  | **szt.** | **720** |  |  |  | **21** |
| rozmiar L |
| w tym: |  |  |  | **22** |
| Odpłatność NFZ (80% jednak nie więcej niż limit określony w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia) |  |  |  | **23** |
| **Odpłatność DPS** **(20% lub cała pozostała część ceny powyżej maksymalnego limitu NFZ)** |  |  |  | **24** |
| 7 | **Majtki chłonne,** | szt. | **720** |  |  |  | **25** |
| rozmiar XL |
| w tym: |  |  |  | **26** |
| Odpłatność NFZ (80% jednak nie więcej niż limit określony w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia) |  |  |  | **27** |
| **Odpłatność DPS****(20% lub cała pozostała część ceny powyżej maksymalnego limitu NFZ)** |  |  |  | **28** |
| **8** | **Wkładki anatomiczne** | **szt.** | **2160** |   |   |   | **29** |
| w tym: |   |   |   | **30** |
| Odpłatność NFZ (80% jednak nie więcej niż limit określony w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia) |   |   |   | **31** |
| **Odpłatność DPS** **(20% lub cała pozostała część ceny powyżej maksymalnego limitu NFZ)** |  |  |  | **32** |
|  |  |  | **Razem brutto**  |  | **33** |
|  | **(wiersz4+8+12+16+20+24+28+32):** |
|  |  | **Razem netto****(łączna wartość razem brutto z wiersza 33 pomniejszona o podatek VAT)** |  | **34** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ....................................................................miejscowość i data |   | ...............................................................................podpis i pieczątka imienna Wykonawcy |